

ANALISIS KEBIJAKAN PEMBIAYAAN KESEHATAN DI KABUPATEN KEPULAUAN ARU

(Policy Analysis: Health Financing in Aru Island)

Turniani Laksmiarti¹, dan Wahyu Pudji Nugraheni¹

Naskah Masuk: 17 Juni 2013, Review 1: 20 Juni 2013, Review 2: 20 Juni 2013, Naskah layak terbit: 3 Agustus 20

ABSTRAK

Latar belakang: Kabupaten Kepulauan Aru adalah peringkat ke 352, Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) dari seluruh kabupaten/kota di Indonesia. Rendahnya nilai IPKM tersebut diduga akibat dari kurang efektif dan efisien anggaran kesehatan. Berbagai permasalahan dapat terdeteksi melalui pelaksanaan District Health Account (DHA) di tingkat kabupaten/kota. Penelitian ini bertujuan melakukan pemetaan pembiayaan bidang kesehatan, baik dari sumber pembiayaan, pengelolaan pembiayaan, jenis kegiatan dan program kegiatan. **Metode:** penelitian riset operasional dengan menggunakan desain "cross sectional", dilaksanakan pada tahun 2012. Unit analisis dalam penelitian adalah dinas kesehatan dan lintas sektor lain yang mempunyai alokasi pembiayaan kesehatan (Rumah Sakit, Dinas Kependudukan dan Keluarga Berencana, Bappeda, Dinas Sosial dan lain-lain). **Hasil:** penelitian menunjukkan bahwa sumber pembiayaan terbesar di Kabupaten Kepulauan Aru berasal dari pemerintah yaitu 91,95% (APBD kabupaten 81,60% dan APBN 9,31%). Pengelola anggaran terbanyak di dominasi oleh pemerintah (94,42%). Sebagian besar anggaran Kabupaten Kepulauan Aru digunakan untuk kegiatan tidak langsung yaitu 54,67% dan kegiatan langsung sebesar 45,33%. Hasil pemetaan pembiayaan juga menunjukkan bahwa program kesehatan masyarakat menyerap 11,25% dari total anggaran, 18,36% untuk program upaya kesehatan individual dan sisanya 70,39% untuk program penunjang. **Kesimpulan:** dari penelitian ini bahwa anggaran kesehatan masih banyak dimanfaatkan untuk kegiatan yang bersifat tidak langsung Program-program penting pemerintah (HIV/AIDS, TBC, Malaria, dan lain-lain) tidak mendapatkan porsi anggaran yang besar. **Saran:** hendaknya pemerintah Kabupaten Kepulauan Aru mengalokasikan dana lebih besar untuk melaksanakan program-program penting.

Kata kunci: analisis kebijakan, pembiayaan kesehatan, District Health Account

ABSTRACT

Background: The calculation of Community Health Development Index (IPKM) of Aru Islands is in rank 352, of all districts/cities in Indonesia. This low in IPKM rank was suspected to be the result of the ineffectivity and inefficiency on health budgeting. Various problems can be detected and identified through the implementation of the District Health Accounts (DHA) in the district/city level. The objectives of this research is mapping district health account, which consist of resources, organizer, activity and program. **Method:** This method applied was cross sectional design, and was conducted in 2012. The analysis unit was health district office and a cross-sector health agencies who had health funding allocation (Hospital, Department of Population and Family Planning, Regional Development Planning Board, Social Services). **Results:** The results showed that the largest source of funding comes from the Aru Islands government is 91.95% (81.60% APBD and APBN 9.31%). Most budget management is dominated by the government (94.42%). Most of the archipelagic Aru District budgets are used for activities that 54.67% indirect and direct activities amounted to 45.33%. Besides, financing mapping results also indicate that public health programs Aru district absorb 11.25% of the total budget, 18.36% for individual health program efforts and the remaining 70.39% for program support. **Conclusions:** Health budget in District Aru largely sourced from the government (central, provincial and district levels). Indirect activities absorb more budget than Important government programs such as HIV / AIDS, tuberculosis, malaria, etc. **Recommendations:** The government should provide more funds to implement important programs of the government. Health District Office should also be able to allocate substantial funds for essential government programs.

Key words: health financing, policy analysis, district health account

¹ Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Litbang Kesehatan, Kemenkes RI, Jl. Indrapura 17 Surabaya, Jl. Percetakan Negara 23 A Jakarta. Alamat E-mail: dmx_indigo@hotmail.com

PENDAHULUAN

Kabupaten Kepulauan Aru merupakan kabupaten pemekaran, berdasarkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2003 Kabupaten Kepulauan Aru diresmikan oleh Menteri Dalam Negeri tanggal 7 Januari 2004. Kabupaten Kepulauan Aru terdiri dari 547 Pulau (89 Pulau dihuni dan 458 Pulau tidak dihuni) dan memiliki 3 pulau besar (Pulau Wokam, Kobror dan Trangan), dan 2 Pulau diantaranya merupakan pulau kecil terluar berpenghuni yaitu pulau Panambulai dan Batu Goyang, dari 6 pulau terluar tidak berpenghuni yaitu Arapula; Karawaiala; Kultubai Utara; Kultubai selatan; Karang; Enu; Batu goyang yang berbatasan dengan Negara Tetangga (Pepres Nomor 78 tahun 2005). Jumlah penduduk Kabupaten Kepulauan Aru berjumlah 84.138 jiwa dengan jumlah rumah tangga sebanyak 15.912 yang berada di 7 Kecamatan, 117 desa, 2 kelurahan dengan tingkat kepadatan penduduk tercatat 13 jiwa/km² per kecamatan (BPS Kabupaten Kepulauan Aru tahun 2011).

Jumlah penduduk Kabupaten Kepulauan Aru Tahun 2009 menurut Buku Kepulauan Aru Dalam Angka tahun 2009 (BPS Kabupaten Kepulauan Aru) sebanyak 81.706. Pada tahun 2008 jumlah penduduk Kabupaten Kepulauan Aru sebanyak 80.141 jiwa, pada tahun 2007 jumlah penduduk Kabupaten Kepulauan Aru sebanyak 77.986 jiwa dan tahun 2011 berjumlah 84.138 jiwa. Dari data tersebut setiap tahunnya menunjukkan adanya pertambahan penduduk antara 1, 7% sampai dengan 2, 4%. Dengan kondisi wilayah dan penduduk yang persebarannya di beberapa pulau dan daratan Kabupaten Kepulauan Aru hanya mempunyai 1 (satu) rumah sakit sebagai tempat rujukan yang keberadaannya di ibukota kabupaten, 6 puskesmas perawatan, 15 puskesmas non perawatan dan 23 puskesmas pembantu.

Rasio puskesmas terhadap penduduk tidak dapat diperhitungkan oleh karena persebaran penduduk pada tiap desa yang terletak di pulau-pulau kurang terdata dengan baik. Di samping itu jumlah penduduk Kabupaten Kepulauan Aru yang belum mencapai seratus ribu jiwa sehingga perkalian dengan konstanta 1000 tidaklah bermakna.

Dengan konsep wilayah kerja puskesmas, sasaran penduduk yang dilayani oleh satu unit puskesmas dengan rata-rata melayani 13.026 penduduk. Kalau dihitung berdasarkan strata puskesmas yaitu 1 puskesmas melayani 30.000.000 penduduk maka

pelayanan puskesmas rasio tersebut masih dalam katagori cukup.

Kabupaten Kepulauan Aru adalah pulau dengan daerah-daerah yang terisolasi maka konsep wilayah diganti dengan konsep pusat gugus yang memfokuskan pada kemudahan transportasi dan letak desa yang di huni oleh penduduk. Upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) adalah Posyandu, Desa Siaga dan Poskesdes merupakan bentuk UKBM yang paling dikenal di masyarakat, dan sangat dibutuhkan.

Jumlah tenaga kesehatan di Kabupaten Kepulauan Aru yang berada di puskesmas, RSUD dan Dinas Kesehatan pada tahun 2011 adalah 355 orang, dengan jumlah sarjana kesehatan masyarakat 10 orang. Mengingat jumlah penduduk di kabupaten kepulauan Aru tersebar di berbagai tempat dan sering berpindah tempat sehingga untuk menghitung rasio tenaga medis terhadap penduduk sangat sulit. Dengan melihat jumlah puskesmas (21 unit) dan keberadaan dokter di puskesmas menunjukkan bahwa setiap puskesmas terdapat satu orang tenaga medis.

Dukungan lain dalam mencapai kinerja bidang kesehatan adalah keberadaan sumber pembiayaan, tolok ukur keberhasilan pembiayaan bidang dapat dilihat dari peta pembiayaan, yaitu ketersediaan dan kecukupan penganggaran. Dalam penelitian ini dilakukan kajian terhadap peta pembiayaan bidang kesehatan, baik dari sumber dan pengelolaan pembiayaan, jenis kegiatan dan program kegiatan. Hasil penelitian ini bertujuan untuk memberi masukan kebijakan yang diformulasikan di pusat, dan atau provinsi, kabupaten/kota yang tujuannya sebagai dasar perencanaan penganggaran bidang kesehatan.

METODE

Penelitian ini merupakan riset operasional dengan menggunakan desain "Cross Sectional" di mana data dikumpulkan dalam waktu yang sama (tahun anggaran sama). Penelitian dilaksanakan pada tahun 2012 di Kabupaten Kepulauan Aru, Maluku. Unit analisis dalam penelitian ini adalah dinas kesehatan dan lintas sektor lain yang mempunyai alokasi pembiayaan kesehatan (rumah sakit, dinas kependudukan dan Keluarga Berencana, Bappeda, Dinas Sosial dan lain-lain).

Variabel yang diidentifikasi sebagai variabel input dari pembiayaan kesehatan adalah sumber anggaran, pengelolaan anggaran, program dan jenis kegiatan/

fungsi terhadap pencapaian kinerja yang diadopsi dari profil kesehatan di Kabupaten Kepulauan Aru tahun 2011. Hasil kompilasi dokumen pembiayaan kesehatan dari beberapa lintas sektor disesuaikan dengan tujuan penelitian dan dimasukkan dalam perangkat perhitungan pembiayaan dan dilakukan analisis.

HASIL

Peta Pembiayaan Berdasarkan Sumber Pembiayaan

Sumber pembiayaan adalah suatu institusi yang menyediakan biaya kesehatan. Sumber pembiayaan didapatkan dari pemerintah atau swasta. Beberapa negara sumber pembiayaan kesehatan dapat berasal dari *community*/masyarakat atau institusi lain yang berbadan hukum.

Tabel berikut menggambarkan sumber pembiayaan di Kabupaten Kepulauan Aru tahun 2011.

Hasil kompilasi dokumen anggaran yang terdiri dari sumber pembiayaan institusi pemerintah dan non pemerintah (swasta), sumber pembiayaan di Kabupaten Kepulauan Aru terbesar dari pemerintah yaitu 91,95%, yang terdiri dari APBD kabupaten 81,60% dan sebagian dari APBN sebesar 9,31%. Sumber biaya dari swasta atau non Pemerintah (7,81%) dari total anggaran kesehatan di kabupaten kepulauan Aru. WHO (tahun 2011) menyatakan bahwa anggaran kesehatan yang ideal untuk menjamin terselenggaranya program pelayanan kesehatan

esensial sebesar US \$46 per kapita. Apabila dihitung dari total pembiayaan terhadap penduduk (84.138 jiwa) maka anggaran per kapita di Kabupaten Kepulauan Aru adalah sebesar US \$47.8. Dibandingkan dengan perhitungan anggaran per kapita sebagaimana yang ditetapkan WHO, Kabupaten Kepulauan Aru lebih tinggi, hal tersebut karena jumlah penduduk yang relatif cukup rendah. Mencermati budaya penduduk yang sering berpindah-pindah dan jumlah pulau-pulau yang dihuni juga cukup banyak maka seharusnya anggaran tersebut masih perlu ditingkatkan. Hal ini terkait dengan sulitnya akses kesehatan ke daerah lain dan minimnya infrastruktur yang ada di pulau-pulau terluar tersebut. Dengan berbagai alokasi anggaran, diharapkan ketahanan nasional dalam seluruh aspek kehidupan berbangsa dan bernegara di wilayah pulau-pulau terluar Indonesia dapat terwujud dengan baik. Masyarakat yang memiliki tingkat kemampuan ekonomi yang tinggi dapat membangun ketahanan nasional akhirnya terciptalah kemandirian kesehatan.

Pembiayaan yang bersumber APBN yang dimaksud pada tabel 1 adalah untuk kegiatan promotif dan preventif, yaitu program BOK untuk 25 puskesmas dengan rata-rata setiap puskesmas mendapatkan 175 juta sampai dengan 200 juta sesuai lokasi/jarak dan jumlah penduduk wilayah kerja puskesmas. Sumber pembiayaan dari APBD Propinsi merupakan Dana Alokasi Khusus yang dimanfaatkan untuk penanggulangan HIV-AIDS dan Malaria, serta peningkatan SDM yang dibiayai oleh APBD Propinsi, antara lain peningkatan pengetahuan tenaga gizi kabupaten.

Anggaran rumah tangga adalah anggaran yang didapatkan dari pengeluaran langsung rumah tangga untuk pembiayaan kesehatan, terdiri dari biaya asuransi kesehatan, biaya kesehatan untuk pelayanan di puskesmas (rawat inap dan rawat jalan) yang di hitung berdasarkan tarip puskesmas rawat inap dan rawat jalan, dan biaya rumah tangga yang di keluarkan untuk pelayanan di rumah sakit. Hasil perhitungan biaya rumah tangga tersebut didapatkan sebagaimana pada Tabel 2 berikut.

Dari perhitungan biaya rumah tangga, dimanfaatkan untuk pembiayaan program kuratif yaitu belanja kesehatan (Rp3.189.456.747). Adapun belanja yang dibayarkan melalui asuransi kesehatan lainnya untuk pelayanan kesehatan kuratif sebesar

Tabel 1. Sumber Pembiayaan Kabupaten Kepulauan Aru Tahun 2011

No	Sumber Biaya	Alokasi	Persen (%)
1	SB 1. Pemerintah	46.142.558.086	91,95
	a. SB 1.1.1 APBN	4.659.904.271	9,31
	b. SB 1.2.1 APBD Propinsi	642.014.640	1,04
	c. SB 1.3.1 APBD Kabupaten/Kota	40.840.639.175	81,60
2	SB 2.Non-Pemerintah	3.906.982.916	7,81
	a. SB 1.2.3 Donor: Hibah	705.225.700	1,41
	b. SB 2.4 Rumah Tangga	3.201.757.216	6,40
	Total	50.049.541.002	100,00

Tabel 2. Belanja Kesehatan Rumah Tangga Kabupaten Kepulauan Aru, Susenas 2010

Item Biaya RumahTangga	Estimasi Belanja (Rupiah)
1 Asuransi Kesehatan	12.300.469
2 Total Belanja Kesehatan	3.189.456.747
a. Rawat Jalan Puskesmas	635.943.000
b. Rawat Inap Puskesmas	33.841.000
c. Belanja ke RSUD	355.831.000
d. Belanja ke fasilitas kesehatan swasta	2.163.841.747
Total Belanja Kesehatan (1 + 2)	3.201.757.216

Rp12.300.469 Indonesia menginginkan kemandirian masyarakat bidang kesehatan akan tercapai tahun 2015, sehingga masih diperlukan pembiayaan untuk program promotif dan preventif.

Sumber Pembiayaan Berdasar Pengelola Anggaran

Peta pembiayaan berdasar pengelola anggaran digunakan untuk mengetahui institusi yang mengelola anggaran kesehatan dari berbagai sumber, sebagaimana pada tabel berikut.

Dari Tabel 3 menunjukkan bahwa pengelolaan anggaran terbanyak di dominasi oleh pemerintah (94, 42%) yaitu dinas kesehatan (69,65%), rumah sakit (19,34%), pemberdayaan perempuan (3,86%), KPAD (0,28%) dan pemerintah provinsi (1,28%) Anggaran yang di kelola institusi non pemerintah yaitu rumah tangga meliputi anggaran asuransi kesehatan (0, 02%) meliputi biaya rawat inap dan rawat jalan di puskesmas dan rumah sakit.

Yang dimaksud dengan pengelolaan yaitu unit/ institusi yang menerima dan mengelola dana dari sumber dana untuk membayar atau membeli barang dan jasa kesehatan. Berbeda dengan Tabel 1, sumber pembiayaan adalah unit/institusi yang menyediakan biaya kesehatan, dalam hal ini bisa instansi pemerintah, non pemerintah dan rumah tangga. Institusi yang mempunyai sumber pembiayaan belum tentu akan mengelola dana.

Sumber Pembiayaan Berdasarkan Jenis Kegiatan

Pada dasarnya jenis kegiatan terbagi menjadi 2 yaitu jenis kegiatan langsung dan jenis kegiatan tidak langsung. Kegiatan langsung merupakan tindakan-tindakan yang mempunyai intervensi secara langsung. Kegiatan tidak langsung karena kegiatan tersebut hanya bersifat menunjang, karena kegiatan bersifat menunjang sudah sepantasnya dengan pembiayaan yang lebih rendah dari kegiatan pokok. Kegiatan langsung dapat dibedakan antara kegiatan kesehatan masyarakat dan kegiatan individual. Dalam kasus ini, ditemukan kegiatan langsung di Kabupaten Kepulauan Aru nilainya lebih rendah dari kegiatan tidak langsung atau penunjang.

Dari Tabel 4 menunjukkan bahwa pembiayaan untuk jenis kegiatan tidak langsung mempunyai nilai yang lebih besar (54,67%) dari pembiayaan langsung (45,33%).

Apabila dirinci satu per satu dari peta pembiayaan tidak langsung maka jenis kegiatan manajerial dan koordinasi (25,59%) mempunyai peringkat tertinggi, yang seharusnya pola tersebut tidak terjadi karena unsur manajerial terbanyak adalah gaji/upah.

Tabel 3. Belanja Kesehatan menurut Pengelola Anggaran Kabupaten Kepulauan Aru Tahun 2011

No	Pengelola Anggaran	Rupiah	Persen (%)
1.	PA 1. Pemerintah	47.254.470.426	94, 42
	a. PA 1.2 Pemerintah Provinsi/Dinkes	642.014.640	1, 28
	b. PA 1.3.01 Dinas Kesehatan	34.857.733.620	69, 65
	c. PA 1.3.03 RSUD	9.678.865.426	19, 34
	d. PA 1.3.12 Pemberdayaan Perempuan dan KB	1.933.317.740	3, 86
	e. PA 1.3.18. KPAD (Komisi Penanggulangan AIDS Daerah)	142.539.000	0, 28
2.	PA 3 Non Pemerintah	3.201.757.216	6, 40
	a. PA 3.1 Perusahaan Asuransi Kesehatan	12.300.469	0, 02
	b. PA 3.4 Rumah Tangga	3.189.456.747	6, 37
	Total	50.049.541.002	100

Tabel 4. Sumber Pembiayaan berdasar Jenis Kegiatan

No	Sumber Biaya	Rupiah	Persen (%)
1	JK 1 Kegiatan Tidak Langsung	27.362.940.329	54,67
	a. JK 1.1 Manajerial dan koordinasi	12.809.989.854	25,59
	b. JK 1.2 Peningkatan Kapasitas Personil (Pendidikan dan Pelatihan)	1.482.378.480	2,96
	c. JK 1.3 Perencanaan dan Penganggaran Program	267.403.500	0,53
	d. JK 1.4 Pengelolaan Program	42.780.000	0,09
	e. JK 1.5 Monitoring dan Pelaporan	547.345.000	1,09
	f. JK 1.6 Evaluasi	27.000.000	0,05
	g. JK 1.7 Peningkatan Kesejahteraan Pegawai	2.834.871.095	5,66
	h. JK 1.8 Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur serta Alat Non Medis	9.351.172.400	18,68
2	JK 2 Kegiatan Langsung	15.579.111.448	45,33
	a. JK 2.1.01 Promosi dan penyuluhan kesehatan	6.500.000	0,01
	b. JK 2.1.04 Pendataan Sasaran	18.600.000	0,04
	c. JK 2.1.07 Surveilans Epidemiologi dan KLB	24.000.000	0,05
	d. JK 2.1.09 Penemuan Kasus	54.785.000	0,11
	e. JK 2.1.11 Pelaksanaan Program	9.388.099.184	18,76
	f. JK 2.1.12 Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	322.896.924	0,65
	g. JK 2.1.13 Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan	1.034.485.000	2,07
	h. JK 2.1.14 Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur Alat Medis	4.729.745.340	9,45
	i. JK 2.2 Program Kesehatan Individual	7.107.489.225	14,20
	j. JK 2.2.2 Pelayanan Kesehatan	7.107.489.225	14,20
Total		50.049.541.002	100

Dari alokasi kegiatan langsung (45,33%), jenis kegiatan yang mempunyai tujuan kemasyarakatan mempunyai nilai rendah, antara lain promosi dan penyuluhan kesehatan (0,01%), pencegahan penyakit (0,65%), pemberdayaan masyarakat (2,07%) lebih rendah dari pengadaan dan pemeliharaan infrastruktur alat medis (9,45%). Dengan memperhatikan alokasi yang sangat rendah tersebut dapat mempengaruhi pencapaian visi Indonesia sehat tahun 2015 yaitu kemandirian masyarakat bidang kesehatan di Kabupaten Kepulauan Aru diperlukan keikutsertaan masyarakat serta kegiatan promosi yang *continue* (berulang-ulang) kepada masyarakat untuk mencapai visi Indonesia Sehat karena notabene Kabupaten Kepulauan Aru sangat luas wilayahnya dan jarak tempuh yang memerlukan biaya tidak rendah. Dalam kegiatan langsung juga terdapat program kesehatan individual yaitu pelayanan kesehatan perorangan yang nilainya cukup besar (14,20%), menunjukkan bahwa program kuratif pada dasarnya lebih unggul dari preventif.

Sumber Pembiayaan Berdasarkan Program Kegiatan

Pada Tabel 5, menggambarkan jumlah pembiayaan yang di dimanfaatkan untuk program kegiatan, yang

terpilah secara besar yaitu program kesehatan masyarakat dan program upaya kesehatan perorangan dan program penunjang atau *capacity building*. Dari jumlah pembiayaan di Kabupaten Kepulauan Aru (Rp 50.049.541.002) terbanyak di dimanfaatkan untuk program yang menyangkut *capacity building* atau penunjang yaitu 70,39%, terbesar pembiayaannya untuk kegiatan administrasi dan manajemen yaitu 34,17%. Sedang program kesehatan masyarakat hanya 11,25%. Program kesehatan masyarakat seharusnya menjadi program unggulan di Kabupaten Kepulauan Aru, mengingat Kabupaten Kepulauan Aru termasuk dalam daftar kabupaten yang bermasalah kesehatan dengan indeks pembangunan kesehatan masyarakat secara nasional terletak pada rangking 352 (Badan Litangkes, IPKM, 2009)

Dari profil kesehatan Kabupaten Kepulauan Aru tahun 2011, disebutkan bahwa kasus kesehatan yang perlu mendapatkan perhatian adalah: HIV-AIDS, TB dan Malaria.

Jumlah Penderita HIV pada tahun 2004 sebanyak 4 Orang dan meningkat pada tahun 2005 ditemukan 20 penderita dan pada tahun 2006 ditemukan 8 penderita dan pada tahun 2007 ditemukan lagi sebanyak 21 penderita dan menurun pada tahun

Tabel 5. Sumber Pembiayaan berdasarkan Program Kegiatan

No	Sumber Biaya	Alokasi	Persen (%)
1.	PR 1 Program Kesehatan Masyarakat	5.631.825.340	11,25
	a. PR 1.01 KIA	1.278.156.687	2,55
	b. PR 1.02 Gizi	508.629.213	1,02
	c. PR 1.03 Imunisasi	328.442.836	0,66
	d. PR 1.04 TBC	115.095.000	0,23
	e. PR 1.05 Malaria	194.436.700	0,39
	f. PR 1.06 HIV/AIDS	395.694.000	0,79
	g. PR 1.10 Penyakit Menular Lain	322.896.924	0,65
	h. PR 1.12 KB	1.944.597.740	3,89
	i. PR 1.13 UKS (Usaha Kesehatan Sekolah)	16.711.822	0,03
	j. PR 1.15 Kesehatan Lingkungan	244.843.926	0,49
	k. PR 1.16 Promosi Kesehatan	135.487.787	0,27
	l. PR 1.19 Program Kesehatan Masyarakat Lainnya	146.832.705	0,29
2.	PR 2 Program Upaya Kesehatan Perorangan	9.189.049.325	18,36
	a. PR 2.1 Pelayanan Rawat Jalan	635.943.000	1,27
	b. PR 2.2 Pelayanan Rawat inap	33.841.000	0,07
	c. PR 2.3 Pelayanan Rujukan	355.831.000	0,71
	d. PR 2.4 Pengobatan Umum (tidak jelas masuk PR 2.1- 2.3)	6.864.442.216	13,72
	e. PR 2.5 Jaminan Kesehatan	1.298.992.109	2,60
3.	PR 3 Program Yang menyangkut Capacity Building (Penunjang)	35.228.666.337	70,39
	a. PR 3.1 Administrasi & Manajemen	17.103.238.787	34,17
	b. PR 3.2 Sistem Informasi Kesehatan	71.534.500	0,14
	c. PR 3.3 Capacity Building	598.861.000	1,20
	d. PR 3.4 Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur	11.960.943.900	23,90
	e. PR 3.5 Pengawasan (Monitoring dan Supervisi)	330.265.000	0,66
	f. PR 3.6 Obat dan Perbekalan Kesehatan	1.009.374.000	2,02
	g. PR 3.7 Administrasi Jaminan Kesehatan	2.580.635.000	5,16
	h. PR 3.8 Program Capacity Building/Penunjang Lainnya	1.573.814.150	3,14
Total		50.049.541.002	100,00

2008 ditemukan sebanyak 7 penderita, tahun 2009 meningkat menjadi 21 penderita dan pada tahun 2010 sebanyak 25 penderita. Hasil *surveillance* tahun 2011 ditemukan HIV 38 orang, AIDS 5 orang, IMS sejumlah 288 orang. Kematian akibat AIDS 5 orang, atau jumlah kenaikan lebih besar daripada penurunan kasus pada setiap tahunnya.

Jumlah kasus TB paru pada tahun 2011 dengan penderita baru 176 jiwa, TB klinis 15 orang dan Kasus BTA positif 109 orang.

Karena lokasi yang berada di kepulauan dan kurang tertatanya lingkungan mengakibatkan pertumbuhan jentik nyamuk malaria yang sangat cepat, hal tersebut ditengarai dengan bertambahnya penderita malaria, yaitu 481 orang dengan angka kesakitan malaria per-1000 penduduk sebesar 5,7. Tahun 2011

ditemukan 1.598 kasus tanpa pemeriksaan sedimen darah dan 906 dengan pemeriksaan darah.

PEMBAHASAN

Dari uraian dan permasalahan di Kabupaten Kepulauan Aru, anggaran untuk program kesehatan masyarakat masih cukup rendah. Dengan melihat program pemerintah dan target MDGs 2015 selayaknya alokasi pembiayaan untuk penyakit menular mendapatkan urutan teratas atau lebih besar daripada alokasi pembiayaan untuk manajemen dan administrasi. Namun demikian pada kenyataannya alokasi pembiayaan untuk program penyakit menular yaitu KIA (2,55%), Gizi (1,02%), TBC (0,23%), Malaria (0,39%), HIV/AIDS (0,79%), Kesehatan Lingkungan

(0,49%) dari anggaran APBD kesehatan. Sementara itu, program yang menyangkut *capacity building* (program penunjang) mempunyai nilai 70,39% dari total pembiayaan APBD yang pemanfaatannya terbesar untuk administrasi dan manajemen, sistem informasi kesehatan (0,14%), *capacity building* (1,20%), pengawasan (0,66%), penunjang lainnya (3,14%), dan program pengadaan dan pemeliharaan infrastruktur (23,90%).

Kabupaten Maluku Tenggara Barat yang mempunyai anggaran kesehatan secara keseluruhan Rp48.158.258, 590 proporsi anggaran hampir sama dengan Kabupaten Kepulauan Aru yaitu kegiatan KIA (3,4%), TBC (0,10%), Malaria (0,68%) dan HIV-AIDS (0,27%). *Capacity building* 66,64% yang terdiri dari Administrasi dan Manajemen 52,90% (Wahyu Puji, dkk tahun 2011)

Berbeda dengan Kabupaten Seram Bagian Barat yang mempunyai anggaran kesehatan Rp 39.375.993, 658 dengan struktur anggaran untuk kegiatan KIA (3,2%), *capacity building* (59,0%) yang terdiri dari administrasi dan manajemen (40,7%), Infrastruktur (16,1%).

Dari tiga kabupaten yang mempunyai struktur daerah sama yaitu kepulauan terlihat bahwa pembiayaan rata-rata terbesar dimanfaatkan untuk *capacity building* yang terdiri dari pembiayaan administrasi dan manajemen dan infrastruktur. Pembiayaan untuk program KIA rata-rata 3% dan program untuk penyakit menular masih cukup rendah, rata-rata kurang dari 1%.

Telah diamanatkan dalam undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan pada pasal 171 bahwa alokasi anggaran kesehatan minimal 5% dari APBN, dan minimal 10% dari APBD di luar gaji.

Hasil penelitian FITRA tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) di 41 kabupaten/kota menunjukkan bahwa alokasi anggaran kesehatan dalam anggaran daerah sangat minim, hanya 12 dari 41 kabupaten/kota yang diteliti mengalokasikan 10–16% anggaran APBD untuk kesehatan, sementara sisanya hanya mengalokasikan kurang dari 10%. Dari 34 kabupaten/kota yang dianalisis, 32 diantaranya memiliki belanja program KIA per kapita kurang dari Rp46.000 sementara hasil riset lain menetapkan standar kelayakan program KIA setidaknya sebesar Rp65.000 per kapita. Di Kendal misalnya, belanja program KIA per kapita hanya sebesar Rp2.000 per tahun. Anggaran

sebesar ini tentu kurang memadai, apalagi jika daerah mengalami masalah kesehatan ibu dan anak yang berat. Dari hasil penelitian tersebut disarankan agar: a) Pemerintah pusat dan daerah, termasuk Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) harus berkomitmen untuk menjalankan amanah UU No. 36/2009 pasal 171 untuk mengalokasikan 5% APBN dan 10% APBD untuk kesehatan di luar gaji, b) Memastikan bahwa 2/3 dari total anggaran kesehatan digunakan untuk kepentingan pelayanan kesehatan, seperti dituangkan dalam pasal 171 ayat 3 UU No. 36/2009 dan bukan untuk infrastruktur seperti yang selama ini banyak dilakukan.

Dalam era Otonomi daerah, terlihat bahwa sumber dana bagi penanggulangan penyakit menular yang berasal dari PAD belum mencukupi kebutuhan, alokasi dana lebih banyak dipergunakan untuk pengadaan obat-obatan dan alat-alat kesehatan. Setelah adanya desentralisasi, daerah (kabupaten/kota) mendapat dana dari beberapa sumber, yaitu dari pusat (DAU, DAK) dan dana dari PAD (Pendapatan Asli Daerah). Dari sumber-sumber tersebut hanya DAU yang sudah diserahkan kepada daerah untuk mengalokasikan penggunaannya sedangkan DAK umumnya untuk belanja fisik. Dengan demikian maka dana untuk pelaksanaan program PPM otomatis bersumber dari PAD dan di tambah sebagian DAU. (Laoda Ahmad, Nanis Budiningsih, Sigit Riyanto (2006))

Untuk keberlanjutan program penanggulangan AIDS, Pemerintah Daerah (Provinsi/Kabupaten–Kota) berkewajiban untuk mengalokasikan anggaran APBD untuk penanggulangan AIDS di daerah masing-masing. Hal ini sesuai dengan deklarasi MDGs point 6 tentang penanggulangan AIDS dan Permendagri 20/2007 tentang Pedoman Umum Pembentukan KPA dan Pemberdayaan Masyarakat. Saat ini penanggulangan HIV/AIDS sudah terintegrasi dalam MDGs, termasuk dinas kesehatan dalam bagian pencegahan, penanggulangan dan pengobatan, karena itu kepala daerah dapat menganggarkan di APBD sebesar 10 persen untuk kesehatan, (Fitra, 2010)

Menurut Maulana Coordinator of Research and Development Sekretariat Nasional Forum Indonesia-Pemerintah daerah (Pemda) dinilai masih pelit mengeluarkan anggaran untuk urusan kesehatan di daerahnya. Bahkan masih ada daerah yang mengalokasikan belanja daerahnya untuk kesehatan kurang dari 10%, padahal pemerintah

telah mensyaratkan untuk menganggarkan minimal 10 persen belanja daerah untuk kesehatan (UU 36 tahun 2009 pasal 171).

Menurut Maulana, terdapat sepuluh daerah yang mempunyai anggaran kesehatan lebih dari 5% dari APBD, antara lain Makassar (7,5 persen), Probolinggo (8 persen), Kota Banda Aceh (8 persen), Luwu (8,1 persen), Bener Meriah Aceh (8,2 persen), Sekadau Kalimantan Barat (8,2 persen), Bengkayang Kalimantan Barat (8,9 persen), Baru Sulawesi Selatan (9,4 persen) dan ditambah lagi dengan Sambas Kalimantan Barat (9,4 persen) serta Bulukumba Sulawesi Selatan (9,8 persen). (Nyoman Sumaryadi, 2005)

Di sisi lain, belanja kesehatan per kapita yang tinggi tidak menyebabkan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) juga tinggi. Misalnya, anggaran kesehatan masyarakat di Luwu Utara pada tahun 2009 sebesar Rp210.000 per orang, namun angka IPKM-nya hanya 0,475 atau terletak pada ranking 272 dari 409 kabupaten di Indonesia. Sementara anggaran kesehatan masyarakat di Makassar pada tahun yang sama sebesar Rp60.000 per orang, namun angka IPKM-nya sudah mencapai 0,65 atau tertinggi di antara 20 kota atau kabupaten yang ada. Dengan demikian besaran anggaran belanja untuk urusan kesehatan tidak sebanding dengan angka IPKM yang diperoleh.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Program *capacity building* di bidang kesehatan masih mendapatkan alokasi pembiayaan terbesar (70,39% dari total anggaran). Anggaran kesehatan Kabupaten Kepulauan Aru sebagian besar bersumber dari pemerintah, baik pusat, provinsi maupun kabupaten, dan sebagian besar dikelola oleh pemerintah. Kegiatan yang bersifat tidak langsung menyerap anggaran lebih banyak dibandingkan dengan kegiatan langsung. Program-program penting pemerintah (HIV/AIDS, TBC, Malaria, dan lain-lain) yang ada di Kabupaten Kepulauan Aru belum mendapatkan porsi anggaran yang besar.

Saran

Karena pentingnya program-program yang harus diselesaikan pada tahun 2015 yaitu MDGs dengan beberapa indikatornya dan upaya dalam meningkatkan

indeks pembangunan kesehatan masyarakat, maka pemerintah Kabupaten Kepulauan Aru sebaiknya membuat suatu perencanaan anggaran yang lebih tepat dan berbasis realitas terhadap program-program penting dari pemerintah, dengan upaya-upaya:

1. Pemerintah pusat dan daerah, termasuk Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) harus berkomitmen untuk menjalankan amanah UU No. 36/2009 pasal 171 untuk mengalokasikan 5% APBN dan 10% APBD 2013 untuk kesehatan di luar gaji.
2. Memastikan alokasi anggaran KIA berjalan tepat sasaran untuk memenuhi target penurunan AKI dan AKB serta AKA (Angka Kematian Ibu, Bayi, dan Anak).
3. Kepulauan Aru merupakan wilayah penghasil ikan terbaik dan terbanyak di Indonesia, sesuai dengan rencana pemerintah bidang ekonomi bahwa Kabupaten Kepulauan Aru dikembangkan sebagai daerah MP3EI (Master Plan Pembangunan Peningkatan Ekonomi Indonesia) dengan demikian infrastruktur kesehatan (sarana, prasarana dan Sumber Daya Manusia) perlu dipersiapkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anne Mills, Lucy Gilson. 1990, Ekonomi Kesehatan Untuk Negara-Negara Sedang Berkembang. Dian Rakyat, Jakarta.
- Ascobat Gani, Dkk 2009 Modul Perhitungan Pembiayaan Kesehatan Daerah. Pusat kajian Ekonomi Kesehatan, Universitas Indonesia.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan 2010. Pedoman Teknis PDBK. Jakarta.
- FITRA, 2010. Analisis Anggaran Daerah di Indonesia: Kajian Pengelolaan APBD di 41 Kabupaten/kota, hlm. 32.
- Kepulauan Aru. Dinas Kesehatan Kabupaten, 2011. Profil Kesehatan Kabupaten Kepulauan Aru.
- Laoda Ahmad, Nanis Budiningsih, Sigit Riyanto 2006, Analisis Kesiapan Dinas Kesiapan dalam Mengalokasikan Anggaran Kesehatan pada Era Desentralisasi.
- Nyoman Sumaryadi, 2005. Efektifitas Implementasi Kebijakan Otonomi Daerah, Citra Utama. Depok.
- Prijono Tjiptoherijanto, Budhi Soesetyo. 2008. Ekonomi Kesehatan. Rineka Cipta. Jakarta.
- Universitas Indonesia, 2010. Pedoman dan Modul District Health Account (DHA) Untuk Tingkat kabupaten. Pusat Kajian Ekonomi & Kebijakan Kesehatan FKMUI dan AusAID. FKMUI Jakarta.
- Universitas Indonesia, 2010. Modul A System of Health Account Fakultas Bisnis Manajemen. FBMUI, Jakarta.

Wahyu Puji Nugraheni, Turniani L, Wening Wijayanti, Galih Ariyanto, Wahyu Dwi Astuti dkk. 2011, Penelitian District Health Account di Kabupaten Seram Bagian Barat, Maluku Tenggara Barat.

World Bank, World Health Organization, USAID. 2003, Guide To producing National Health Accounts.
Yanshori, Kompas 2 Januari 2013 Upaya Mendongkrak Alokasi APBD untuk Program Penanggulangan AIDS.